

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°141

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS PÉRIVÉSICAUX
OUVERTS DANS LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1921

PAR

PRADET (Georges-Marie-André)

Né à Eymoutiers (Haute-Vienne), le 10 août 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ DE ROUVILLE, professeur, *Président*.
TÉDENAT, professeur.
ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS PÉRIVÉSICAUX
OUVERTS DANS LA VESSIE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 141

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS PÉRIVÉSICAUX
OUVERTS DANS LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1921

PAR

PRADET (Georges-Marie-André)

Né à Eymoutiers (Haute-Vienne), le 10 août 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	DE ROUVILLE, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	TÉDENAT, professeur.		
	ETIENNE, agrégé.		
	LAPEYRE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELTT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.).
Anatomie.....	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *prof.*, *président*. | MM. ETIENNE, *agrégé*.
 TEDENAT, *professeur*. | LAPEYRE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MES ONCLES :

LE DOCTEUR PRADET

ANCIEN MAIRE D'EYMOUTIERS, ANCIEN CONSEILLER GÉNÉRAL

JUSTIN LARAUD

CHEF DE DIVISION HONORAIRE A LA PRÉFECTURE DE LA CREUSE

RAVET

CAPITAINE EN RETRAITE

A MON COUSIN GASTON LARAUD

PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE A LA CHATRE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE COMBAT

G. PRADET.

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En remerciement du très grand
honneur qu'il nous fait en présidant
notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

G. PRADET.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis tout d'abord de dédier ce travail à nos parents dont les sacrifices et les sages conseils nous ont permis de mener à bien nos études médicales interrompues par cinq années de guerre.

Nous ne saurions manquer à l'occasion qui s'offre à nous de remercier nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand qui ont su faire germer dans notre esprit le goût des sciences médicales et nous, les prions de trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude.

Nous sommes redevable à nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, dont la renommée est, à juste titre, si répandue, d'avoir rénové un terrain laissé en friche pendant la longue période des hostilités. Nous n'oublions pas que c'est grâce à leurs conseils éclairés que nous avons pu acquérir les quelques connaissances qui ont fait de l'étudiant d'hier le médecin d'aujourd'hui.

A tous ces titres ils ont droit à nos sentiments de reconnaissance et nous sommes heureux de leur en faire part ici.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le docteur Desmonts, chef des travaux pratiques de médecine opératoire, d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, et nous avoir aidé de ses sages et précieux conseils dans l'exécution de ce modeste travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS PÉRIVÉSICAUX
OUVERTS DANS LA VESSIE

INTRODUCTION

Il nous a été permis à la fin de nos études médicales d'observer quelques cas d'infections vésicales à la suite d'abcès paravésicaux ouverts spontanément dans la vessie. Nous avons cru qu'il était intéressant de rapporter ces quelques observations inédites. Nous nous permettons de remercier encore une fois M. le docteur Desmonts de nous avoir procuré ces observations et nous avoir aidé dans notre tâche.

Tous ces cas de pyurie exovésicale avec fistulisation nous permettent de considérer de nombreux éléments entraînant des modifications au niveau de la vessie et autour de cet organe, de suivre l'évolution en général spontanée vers la guérison, enfin de mentionner le traitement particulier aux cas signalés.

En effet, si nous nous rapportons à l'ouvrage de Pierre Delbet (Suppurations pelviennes chez la femme) sur la statistique des abcès spontanément ouverts, nous trou-

vons sur 242 cas que 44 se sont ouverts dans le vagin, 31 sur une surface cutanée, 50 dans la vessie et 117 dans l'intestin.

Examinant les 50 cas relatés par cet auteur qui ont évolué en perforant la vessie, nous remarquons que sur 19 cas non traités il y a eu 8 guérisons, 2 états stationnaires et 9 morts. Par contre, sur 25 cas traités on obtient 16 guérisons, 2 échecs et 6 morts.

Les conclusions qui se dégagent de ces chiffres sont nettement en faveur de l'intervention sur l'abcès lui-même : il arrive que les ouvertures spontanées dans la vessie se cicatrisent, mais les collections, au lieu de guérir, continuent à évoluer. Si au contraire la fistule persiste il y a de tels dangers à attendre : cystite, urétérite, pyélite ascendante, qu'on ne doive actuellement s'abstenir d'une intervention.

Différents abcès s'ouvrant dans la vessie

Les collections suppurées, développées au voisinage plus ou moins immédiat de la vessie qui entraînent le plus fréquemment des cystites avec fistules pyovésicales, ont en général pour point de départ une infection des organes génitaux.

Par ordre de fréquence passent en première ligne les salpingo-ovarites enkystées qui, au contact plus ou moins direct de la vessie, ont tendance à se faire jour dans cet organe.

De même les kystes suppurés de l'ovaire tendent à s'ouvrir dans la vessie et se fistuliser, puisque Delbet en cite 17 cas.

Nous signalerons les lésions vésicales d'origine appen-

diculaire dues à une propagation du pus qui gagne directement la vessie sans atteindre auparavant une autre partie de l'appareil urinaire, ceci dans les cas d'appendice long et surtout en position basse.

Du cul-de-sac de Douglas qui est le siège de suppurations péritonéales de nature microbienne variable le pus peut venir fuser en avant et déboucher dans la vessie.

Les suppurations péri-utérines, en général consécutives à de la métrite, empruntent souvent cette voie d'évacuation.

Les fistules vésico-intestinales, plus rares, ne peuvent avoir comme point de départ qu'une lésion du tube intestinal tels que bacilliose, actinomyose ou néoplasmes.

Enfin quelques organes extra-péritonéaux à la suite d'abcès ou de phlegmons peuvent être en communication avec la vessie, tels que la prostate, les vésicules séminales.

Bornons-nous à signaler quelques rares cas de fistules vésicales à la suite d'abcès du petit bassin (Pascal, thèse Paris, 1900).

Propagation des phénomènes inflammatoires

Lorsque se produit par la vessie l'évacuation de pus ou de sang, il existe déjà un foyer de suppuration au voisinage de celle-ci et par propagation les phénomènes inflammatoires ont envahi la paroi vésicale. Cette péri-cystite, en général partielle, est constituée par une induration du bas-fond vésical et de petits abcès du tissu cellulo-conjonctif périvésical.

Cette propagation de l'infection d'un organe voisin

peut être canalisée par les adhérences qui réunissent les deux organes. Ainsi les « lésions de l'appareil génital chez la femme, le phlegmon du ligament large, se propagent au devant de la vessie » (Delbet) et « ce n'est que grâce à d'importantes adhérences de l'épiploon, de l'intestin, que la collection tubaire ou tubo-ovarienne adhère à la vessie » (Legueu).

Ou encore c'est par la voie lymphatique que le processus phlegmasique gagne la vessie. En effet, Robles (Thèse Paris, 1904: Contribution à l'étude des abcès pré-vésicaux) et Marcelli (Thèse Paris, 1902: Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens) ont montré qu'il existe dans la région de la cavité de Retzius des ganglions prévésicaux et même situés dans la loge vésicale qui reçoivent les lymphatiques de la vessie et les mettent en communication avec ceux des organes génitaux. Ainsi pouvaient se produire des phlegmons de la cavité de Retzius et même des phlegmons localisés à la loge vésicale. Les suppurations prévésicales d'origine intestinale ne peuvent s'expliquer que par l'intervention de ces ganglions.

Le processus phlegmasique, après avoir produit ces abcès périvésicaux déterminant une périecyste, peut gagner la musculuse et la muqueuse vésicale et faire communiquer le réservoir urinaire avec la collection purulente.

L'ouverture de l'abcès dans la vessie est ainsi constituée et entraîne secondairement des phénomènes de cystite plus ou moins accentués.

SYMPTOMATOLOGIE

Cystite par contiguïté. — Au cours de l'inflammation d'un organe pelvien on constate que les urines du malade sont troubles, mais ce trouble est léger et constant ; il a des besoins d'uriner plus fréquents que d'habitude et la fin de la miction est accompagnée d'une douleur pareille à une brûlure. Tout ceci nous indique que l'inflammation s'est propagée à la vessie vraisemblablement par voie lymphatique, déterminant une cystite qui présente la même symptomatologie qu'une cystite banale : pyurie totale, faible et constante, bien différente des pyuries d'origine rénale et de celles provenant de l'ouverture d'abcès para-vésicaux ; la pollakiurie qui précède souvent la pyurie sera plus ou moins intense suivant le degré d'inflammation de la muqueuse vésicale, mais en général légère ; la douleur, en brûlure, sera surtout marquée lorsque le malade finira d'uriner ; l'hématurie rare se réduira à quelques filaments émis avec les dernières gouttes. La vessie sera douloureuse au palper et le toucher déterminera par pression sur le col une vive douleur. La vessie diminuée de capacité sera sensible à la distension.

Tout se passe donc comme si l'on avait affaire à une cystite aiguë simple ; il faut toutefois remarquer que la pyurie a tendance à prédominer les phénomènes sensitifs de la cystite.

Ouverture d'abcès. — Dans ce cas, on est frappé par la pyurie, véritable débâcle de pus ; elle est extrêmement abondante (plusieurs travers de doigt), totale, mais irrégulière comme importance, variant d'une miction à l'autre. La pollakiurie est peu marquée, les premiers jours du moins ; la douleur fait défaut et aucun signe n'indique que la vessie ait été atteinte par l'infection.

En plus de la symptomatologie de l'inflammation pelvienne : tumeur, douleur, réaction générale avec fièvre qui d'ailleurs est moins marquée après l'ouverture dans la vessie, nous n'avons donc qu'un seul symptôme : la pyurie.

Cependant cette pyurie peut avoir des intermittences car la fistule peut s'oblitérer et alors nous aurons des alternatives d'urines purulentes associées à des alternatives de poussées des phénomènes pelviens et généraux.

Quelquefois tous les phénomènes s'amendent d'eux-mêmes, la fistule se cicatrise et la guérison se produit sans intervention.

Souvent au contraire la fistule persiste indéfiniment ainsi que la pyurie. Le malade n'en est nullement gêné (Muller et Bermutz citent une malade qui garda sa fistule 10 ans) mais s'épuise par suite de cette suppuration prolongée et finit par succomber.

Pyurie sans symptômes pelviens. — Une collection purulente à évolution chronique, évoluant d'une façon torpide sans que rien ne puisse la faire soupçonner, peut tout à coup se faire jour dans la vessie. La pyurie qui en résulte et qui constitue le premier et le seul symptôme

de l'affection sera dans ce cas très abondante, totale (du début à la fin de la miction) et inconstante. Les phénomènes sensitifs vésicaux pourront même manquer complètement au début ; il n'y aura ni pollakiurie, ni même douleur terminale.

L'examen des urines, tant au point de vue cytologique que bactériologique, permettra de reconnaître l'origine de l'abcès.

L'examen cystoscopique fera reconnaître sur un point de la vessie un petit cratère par où s'échappe le pus sous l'aspect d'un vermicelle tel que nous pouvons en rendre compte dans les observations.

Etat de la vessie après l'établissement de la perforation. — La perforation vésicale une fois établie, la vessie peut, principalement chez les sujets jeunes, résister à l'infection et ne présenter aucun phénomène clinique de cystite. Ces malades ont simplement de la pyurie et guérissent soit spontanément, soit en quelques jours, après le traitement de l'abcès, même sans traitement vésical. A part la lésion locale de perforation, il n'y a pas de lésions des tuniques vésicales. La vessie est simplement un peu hyperhémée.

Cependant des phénomènes de cystite peuvent se produire après l'ouverture de l'abcès, mais surtout chez des personnes âgées et en particulier chez les prostatiques et les rétentionnistes dont l'épithélium vésical résiste mal à l'infection.

Avec l'inflammation de la vessie d'autres complications peuvent surgir ; tout d'abord elle est remplie par le contenu de l'abcès paravésical ; il y a du pus et parfois du sang.

A la suite de l'infection vésicale les urines perdent

leur acidité, ce qui permet la formation de calculs phosphatiques.

Enfin, lors de fistules vésico-intestinales, on peut retrouver dans l'urine des matières fécales, voire des vers intestinaux; les gaz même de l'intestin peuvent trouver vers la vessie une issue nouvelle provoquant, lorsqu'ils sont évacués par l'urèthre, une « miction musicale » comme le fait s'est produit chez un malade de Guinard.

Comment se comportent l'uretère et le rein au cours des cystites par perforation? Ces organes peuvent quelquefois être atteints par infection ascendante. Roux signale un cas où il a décelé des symptômes de cystite et de pyélite après fistules vésico-appendiculaires et Molonguet en signale un où il a constaté des signes de pyélonéphrite à la suite d'une perforation.

DIAGNOSTIC

Examinons maintenant quels sont les signes qui peuvent nous permettre de porter un diagnostic de cystite à la suite de lésions de voisinage.

Pyurie. — En premier lieu vient la pyurie qui accompagne toutes les cystites. Elle peut se présenter sous différents aspects. Si l'on ne trouve que des filaments dans l'urine, la vessie n'est pas en cause, nous avons affaire à une urétrite.

La pyurie peut se montrer à différents moments de la miction (épreuve des 3 verres). Au début c'est encore à une urétrite ou à une prostatite qu'il faut penser. Si, au contraire, elle est totale et que son maximum soit à la fin, qu'à cela s'ajoute de la douleur et de la pollakiurie, ainsi que de la douleur à la pression, cette pyurie ne peut provenir que de la vessie ou d'une collection juxta-vésicale ouverte dans cette cavité.

Les urines rénales se distingueront au trouble *qui est et restera total*, à leur teinte lactescente et même un peu brillante. Au repos elles ne forment pas de dépôt et conservent leur lactescence. Ces derniers faits coïncident en général avec de la polyurie.

Hématurie. — Peu fréquente et peu abondante, elle est caractérisée par quelques gouttes à la fin de la miction et est associée à la fréquence, à la douleur, à la pyurie.

Pollakiurie. — Dans les cas relatés nous avons toujours pollakiurie sans polyurie. Elle est provoquée par la cystite et par les affections pelviennes, soit par phénomènes réflexes, soit par compression mécanique de la vessie. Mais dans les salpingo-ovarites, les métrites, les tumeurs de l'utérus, de l'ovaire, les examens cystoscopiques ont montré des *cystites partielles*, de l'*œdème bulleux* qui expliquent la pollakiurie autrement que par simples troubles fonctionnels.

Examen des organes voisins. — Le palper bimanuel de la région abdominale montrera un gâteau d'adhérences péritonéales (mat à la percussion) qui sera orienté vers la vessie. Au toucher vaginal ou rectal, que l'on doit toujours pratiquer, on délimite souvent une masse bombant dans les culs-de-sac ; on explorera la mobilité de l'utérus, sa déviation. Cependant il arrive que le toucher rectal ne donne rien, c'est que l'abcès siège en avant de la vessie. Ces examens sont en général douloureux et provoquent une exagération des phénomènes vésicaux.

Disparition rapide des signes physiques d'abcès dans la perforation vésicale. — C'est un des gros signes physiques de la perforation vésicale. Tout à coup les signes d'un abcès paravésical diminuent, l'empâtement disparaît, la tumeur fond avec une rapidité peu habituelle. C'est que l'abcès s'est ouvert dans la vessie.

Cystoscopie. — L'orifice de communication est parfois difficile à trouver car la muqueuse est très tuméfiée à son voisinage. Les pressions exercées sur l'abcès, soit par l'intermédiaire de la paroi abdominale, soit par un toucher vaginal ou rectal, nous permettront de découvrir le siège de l'orifice par l'arrivée du pus, qui a en général l'aspect d'un vermicelle se repliant sur lui-même.

Dans les cas où l'orifice de communication est plus large, on aperçoit facilement avec sa forme irrégulière, ses bords déchiquetés, un magma blanc-jaunâtre remplissant cet orifice.

Les phénomènes inflammatoires sont surtout développés au voisinage immédiat de l'orifice : œdème bulleux, tuméfaction, fongosités même peuvent être aperçues. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'orifice de communication, les phénomènes s'amendent et le reste de la vessie peut simplement présenter de l'hyperhémie ou des signes plus marqués de cystite.

PRONOSTIC

Dans la cystite. — Elle est généralement bénigne, cède rapidement au traitement vésical, surtout après ouverture du foyer purulent. Cependant il ne faut pas oublier que la cystite précède la perforation.

Dans la perforation vésicale. — Le pronostic est ici beaucoup plus sévère malgré que la perforation guérisse parfois spontanément. La présence de pus dans les urines peut persister ou disparaître en peu de temps ; l'intermittence n'est pas rare.

Quelquefois, malgré une évacuation de pus abondante au début, les signes fonctionnels de l'abcès pelvien persistent ; la pyurie devient peu abondante mais intarissable, le malade s'épuise, fait de l'infection ascendante de son uretère et de son rein. La cachexie, une péritonite aiguë, des accidents urémiques ou une affection intercurrente mettent rapidement fin à ses jours.

Caillet cite que sur 43 cas la perforation a guéri spontanément 11 fois ; après intervention chirurgicale il y eut 18 guérisons, mais la fistulisation a persisté chez 13 malades dont 11 sont morts en 2 ou 3 ans.

Donc les malades atteints de ces affections doivent le

plus souvent guérir comme le montrent nos observations, à condition toutefois qu'une infection ascendante de l'uretère et du rein ne vienne pas compromettre la vie du malade par pyélo-néphrite que l'on reconnaîtra aux urines très abondantes, louches mais pâles et décolorées qui sont les « urines rénales » de Guyon.

TRAITEMENT

Traitement de l'abcès. — Les opinions les plus diverses ont été émises à ce sujet. Dans le cas de petits abcès pariétaux s'évacuant bien dans la vessie on peut laisser évoluer vers la guérison en se contentant de désinfecter la vessie. Si la suppuration ne tarit pas et qu'il s'agisse de petit abcès plus vésical que paravésical on pourra par voie endoscopique élargir l'orifice de communication et, à l'aide d'une sonde urétérale conduite au sein même de la cavité purulente, injecter des antiseptiques qui hâteront sa cicatrisation.

Dans le cas où c'est un abcès important ouvert dans la vessie, il est nécessaire d'intervenir sur l'abcès même et suivant son siège de pratiquer l'opération qui permettra, soit de l'ouvrir largement (colpôtomie dans les abcès péri-annexiels), soit de l'enlever (hystérectomie pour pyo-salpinx).

Ce traitement de l'abcès même constitue la grosse indication thérapeutique et ce n'est qu'à titre secondaire que l'on traitera la vessie comme s'il s'agissait d'une cystite banale.

Traitement de la cystite. — La cystite sera traitée

par les méthodes habituelles. Tout d'abord l'hygiène consistera en repos, grand air, de grands bains tièdes qui calmeront la douleur. Dans l'alimentation, on supprimera les mets excitants, épicés, les viandes faisandées. Les boissons diurétiques abondantes seront recommandées : tisanes de queues de cerises, de buchu, eaux minérales peu alcalinisées (Vittel, Evian).

Comme antiseptiques internes on emploiera l'urotropine à la dose de 2 grammes par jour dissous dans une grande quantité d'eau.

Mais ce sera surtout le traitement local qui désinfectera le mieux la vessie. Pour cela on aura recours aux grands lavages vésicaux ou aux instillations.

Remarquons d'ailleurs que les cystites consécutives à ouvertures d'abcès dans la vessie disparaissent très rapidement après cicatrisation de la fistule : il suffit de quelques lavages à antiseptiques faibles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le professeur de Rouville)

F. Joséphine, 22 ans.

Entrée fin mars 1921 pour douleurs dans le bas ventre et pertes blanches. Accouchement il y a cinq ans par forceps.

A leurs réapparitions, ses règles étaient abondantes avec caillot, tachant et empesant le linge.

Depuis, même symptomatologie avec en plus apparition de douleurs bilatérales surtout marquées dans les fosses iliaques gauche et droite.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans (??), a eu à 17 ans un accouchement suivi de pertes blanches. Dans la même année, la malade a contracté la syphilis et une blennorrhagie.

A eu de nombreuses poussées de cystite pour lesquelles elle a été traitée et pour lesquelles elle s'est faite elle-même des injections avec les substances les plus diverses : permanganate, crésyl, etc...

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé.

Actuellement souffre beaucoup depuis un mois. Mise au repos, ses douleurs se sont calmées.

Appareil digestif : Bon appétit, digestion facile, constipation très marquée, rectite.

Appareil pulmonaire : Tousse et crache le matin. Rien à l'auscultation.

Appareil cardiaque : Claquement aortique.

Appareil rénal : Normal.

A l'examen, le col de l'utérus nous apparaît un peu gros, mais a conservé la direction normale. Le corps lui aussi assez gros reste mobile. Introduit dans le cul-de-sac le doigt perçoit du côté droit une masse assez volumineuse, très sensible au toucher. A gauche rien à signaler, cependant le cul-de-sac ne paraît pas très libre.

Le 2 avril, sous anesthésie au chlorure d'éthyle, puis à l'éther goutte à goutte, on pratique une incision médiane sous-ombilicale : on trouve des adhérences nombreuses qui n'empêchent pas de poursuivre une hystérectomie classique. Péritonisation. Suture en 3 plans.

Examen de la pièce. — L'utérus est gros, les trompes sont parsemées de nodosités, surtout au niveau de l'isthme. Kyste de l'ovaire à gauche.

Suites opératoires. — La température s'élève et la malade se plaint de douleurs dans le bas ventre. A l'examen de la paroi abdominale, on constate de la suppuration au niveau des points supérieurs de suture. De plus, dès le 3^e jour, les urines sont troubles et à odeur fétide. Cystite à anaérobies.

Il semble y avoir communication entre la vessie et la suppuration pariétale, communication contrôlée positivement par injection vésicale.

Lavages vésicaux à l'eau oxygénée et drainage de la plaie abdominale au moyen d'une mèche de gaze. Malgré

cela les urines continuent à être sales, fétides. Pus à aspect fécaloïde.

Examen cystoscopique.— Praticué 14 jours après. On voit une tuméfaction très marquée de la muqueuse à l'arrière du trigone et les pressions exercées sur le ventre font sourdre du pus dans la vessie par plusieurs orifices.

A la partie correspondant au dôme vésical, inflammation très prononcée. Dans le voisinage de ces deux zones, œdème bulleux.

On met en place une sonde à demeure et quotidiennement on fait une instillation de protargol.

Au bout de trois à quatre jours, la communication entre la vessie et l'abcès de la paroi n'existant plus on supprime la sonde à demeure. Quelques lavages et instillations sont encore pratiqués à la suite desquels la pollakiurie diminue, les urines s'éclaircissent.

Une deuxième cystoscopie pratiquée 10 jours après montre un dôme vésical en bon état, une légère tuméfaction persiste dans le bas-fond, mais l'œdème bulleux a disparu ainsi que les ulcérations.

Encore quelques soins et la malade sortira guérie.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur de Rouville)

Madame C... Marie, épouse C...

Entrée le 10 mars 1919 pour annexite bilatérale.

Au toucher, l'utérus est peu mobile, les masses annexielles sont très nettes; les annexes gauches sont perçues dans le Douglas.

Pas de température. Les urines sont troubles.

Examen cystoscopique le 13 mars. On constate une cystite avec forte inflammation du trigone et œdème bulleux au voisinage de l'orifice urétéral gauche. A droite, tuméfaction et fongosités. En dehors et en arrière du trigone, la vessie forme à droite une corne très accentuée avec quelques colonnes. Au fond de la corne on perçoit un petit orifice bouché par un magma blanc. Autour de l'orifice, fongosités très marquées.

En appuyant sur le ventre dans la zone ovarienne droite on voit sourdre par l'orifice un vermicelle de pus qui s'écoule dans la vessie. Il y a donc à droite une suppuration annexielle ouverte dans la vessie.

Opération. — Hystérectomie. Au cours de l'intervention on tombe sur de nombreuses adhérences qui rendent difficile le dégagement des annexes. En libérant les annexes droites un abcès est ouvert. On pratique une hystérectomie subtotalale suivie de drainage. La péritonisation est assurée par le côlon ilio-pelvien.

Au cours de l'opération, l'orifice de l'ouverture de l'abcès dans la vessie n'ayant pas été découvert, il est placé une sonde à demeure.

Les suites post-opératoires ont été assez longues. Au point de vue vésical il n'y eut pas de complications, la cystite cessa après quelques instillations.

A la sortie de l'hôpital les urines étaient claires, il n'y avait plus de pollakiurie.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le docteur Desmonts)

M. B..., 50 ans.

A habité l'Algérie pendant de nombreuses années et y a contracté le paludisme.

Ne signale pas de blennorragie.

A eu à plusieurs reprises des crises de dysurie.

Le 5 janvier 1920, se plaint de difficulté d'uriner et de pollakiurie. Les urines limpides présentent quelques filaments très flous et très légers. Le toucher rectal montre au niveau de la prostate une grosse saillie uniforme bombant dans le rectum. Pas de température. La prostate est sphérique, il est impossible d'en délimiter les lobes. L'expression prostatique permet de recueillir une goutte de liquide contenant de très nombreux leucocytes.

Le sondage pratiqué après la miction montre un résidu vésical de 50 cc.

On porte le diagnostic de prostatite suppurée.

Le traitement consiste en lavements chauds et en suppositoires adrénalinés.

Trois jours après, le malade urine facilement, mais la pollakiurie a augmenté, les urines sont très troubles. Au cours du toucher rectal, en pressant sur la prostate on sent qu'elle se vide soit dans l'urèthre postérieur, soit dans la vessie.

Lavage vésical qui montre que la capacité vésicale n'est que de 100 cc. environ.

Le 10 janvier, une cystoscopie montre l'inflammation

de toute la base de la vessie et fait découvrir à droite et au voisinage du col l'orifice d'ouverture de l'abcès prostatique. Massages de la prostate et lavages uréthro-vésicaux au collargol.

Le 3 mai, les symptômes prostatiques ont disparu : il n'y a plus de pollakiurie ; les urines sont encore légèrement troublées, laissant déposer un résidu minime.

Dans une nouvelle cystoscopie on ne retrouve plus le siège de l'orifice de l'abcès, on aperçoit une légère inflammation au niveau du trigone et surtout au niveau du bas-fond.

Antisepsie interne. Lavages vésicaux et instillations.

Le malade a été revu en novembre 1920 : il ne présente plus aucun symptôme vésical, ne se lève plus la nuit. Le toucher rectal montre une inégalité des lobes prostatiques : le lobe gauche, plus volumineux, est plus net ; le lobe droit, pâteux, mal délimité, présente à son extrémité une nodosité marquée.

Une dernière cystoscopie pratiquée montre une vessie normale.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Desmonts)

Mme M..., 73 ans, se plaint de douleurs en finissant d'uriner, de pollakiurie aussi marquée le jour que la nuit. Elle signale enfin que ses urines déposent beaucoup.

Examen, le 12 janvier. — A la palpation, pas de douleurs aux points pyélo-urétéraux, le rein n'est pas perçu.

Le méat uréthral, rouge et enflammé, présente un petit polype. Les urines recueillies par sondage sont troubles.

La capacité vésicale est de 60.

Le toucher vaginal montre une régression sénile de l'utérus; de plus, dans le cul-de-sac antérieur on perçoit une masse dure approximativement de la grosseur d'une noix.

Après quelques jours de soins, la capacité vésicale atteint 150 cc. A ce moment, le 20 janvier, on pratique une cystoscopie : on remarque des lésions banales de cystite prédominant au niveau du trigone et dans la région cervicale. En arrière du trigone on voit une masse faisant saillie sur la ligne médiane : masse rouge, tuméfiée, incrustée de pus. Avec le bec du cystoscope on exerce quelques pressions sur cette masse et l'on voit aussitôt sourdre par un petit orifice situé du côté droit un vermicelle de pus.

Diagnostic. — On en déduit un abcès dans l'épaisseur de la paroi vésicale ouvert dans la vessie, consécutif à de la métrite.

Traitement. — Lavages vésicaux rapprochés à antiseptiques faibles. D'autre part, avec le cystoscope à cathétérisme, on peut arriver à faire pénétrer l'extrémité d'une sonde urétérale dans la cavité de l'abcès, et grâce à cette sonde on peut injecter dans la cavité même de la collection purulente des solutions antiseptiques; d'abord du nitrate d'argent à 1 p. 100, puis à 1 p. 50; ensuite de l'alcool iodo-ioduré à 3 p. 100. Après 5 ou 6 injections analogues, la saillie intra-vésicale n'est plus que peu marquée. A son niveau la muqueuse présente une coloration normale et il n'est plus possible de cathétériser le pertuis. Il est pratiqué encore quelques lavages vésicaux.

Le 3 mars, une nouvelle cystoscopie ne montre plus rien d'anormal du côté vésical. Les urines sont limpides. Le toucher vaginal révèle la persistance d'un peu d'empatement dans le cul-de-sac antérieur.

OBSERVATION V

(P. Ramon y Cajal. *Journal de Chirurgie*, septembre 1912. — Résumée)

Femme de 40 ans qui, à la suite d'un accouchement normal datant de 4 mois, ressentit de vagues douleurs à l'hypogastre. Son état général laissait beaucoup à désirer, quand tout à coup elle commença à expulser du pus par l'urèthre.

R. y C. la vit alors et constata une tuméfaction saillante, dure dans toute son étendue, occupant la paroi antérieure du vagin.

Une sonde de Nélaton placée dans la vessie donnait issue à du pus franc, lorsqu'on pesait sur la tuméfaction.

On fit le diagnostic de cellulite périvésicale, avec abcès ouvert dans la vessie.

Une colpotomie antérieure donna issue à 60 gr. d'un pus d'odeur ammoniacale. Des lavages vésicaux furent pratiqués. Il ne persista pas de fistule vésicale, et la malade guérit en 30 jours.

OBSERVATION VI

(Id., *Ibid.*)

Femme de 28 ans se plaignant depuis 6 ans de douleurs ovariennes droites.

R. y C. constata des mictions fréquentes, purulentes et douloureuses, sans retentissement général.

L'examen montra une tumeur du volume d'une grosse orange soudée en partie sur l'utérus.

Par l'examen cystoscopique, on aperçut dans la paroi droite de la vessie l'orifice de la fistule purulente. Le diagnostic fut celui de pyosalpinx de la trompe droite en communication avec la vessie.

Une laparotomie, suivie de drainage, permit l'évacuation de 300 gr. de pus.

Les urines devinrent moins troubles, la pollakiurie disparut et la guérison était complète au bout de 5 mois.

OBSERVATION VII

• (*Journal de médecine de Bordeaux*, décembre 1911)

M. le professeur Pousson rapporte l'observation d'un homme de 40 ans se plaignant de douleurs lombo-abdominales, ayant le caractère de coliques néphrétiques, d'allure intermittente. Au cours de ces douleurs la malade

émettait des urines purulentes. Dans la fosse iliaque droite on sent un placard dur.

Au cystoscope, du côté droit de la vessie on voit un petit opercule par lequel s'écoule du pus. Impossible de le cathétériser ; la sonde s'arrête à 5 ou 6 cm. A un examen plus attentif on aperçoit au-dessous de cet opercule l'orifice du méat urétéral, où le cathéter passe facilement. La suppuration était donc extra-rénale.

M. Pousson pratique une laparotomie et enlève l'appendice suppuré qui s'était ouvert dans la vessie. A la suite de l'opération les urines redeviennent normales. Guérison.

Les quatre observations inédites que nous publions sont intéressantes à plusieurs points de vue. Elles sont d'abord une démonstration nette que dans le cas d'abcès ouvert dans la vessie le traitement de l'abcès passe au second plan. Il est préventif plus que curatif, destiné surtout à empêcher la progression de l'infection dans l'arbre urinaire. Ces observations montrent aussi les facilités de cicatrisation de la vessie.

Dans l'observation II, au cours de l'opération on ne

s'est pas occupé de fermer par suture l'orifice de l'abcès dans la vessie; la sonde à demeure a permis à elle seule d'obtenir la cicatrisation.

Dans l'observation I l'abcès pariétal était drainé d'une part, la vessie désinfectée d'autre part, et il ne s'est pas installé de fistule persistante.

Au point de vue symptomatologique, dans tous les cas le symptôme pyurie prédomine, la pollakiurie et l'élément douloureux n'interviennent qu'à titre secondaire et d'une façon minime.

L'observation IV présente un intérêt particulier. Ici, seuls les symptômes vésicaux sont accusés par la malade. L'abcès, quoique d'origine vraisemblablement métritique, ne s'est manifesté que du côté vésical et c'est encore la voie vésicale qui a permis de le traiter et de le guérir.

Enfin, nous devons signaler aussi que dans tous les cas la cystite secondaire a rétrocedé rapidement et qu'il n'y a pas eu d'extension ascendante de l'infection.

Les quelques observations résumées qui font suite aux observations inédites que nous publions ne font que confirmer les faits mis en évidence dans nos quatre observations.

CONCLUSIONS

1° Les collections suppurées ouvertes dans la vessie ont généralement comme origine soit l'appendicite, soit surtout une infection de l'appareil génital.

2° Cliniquement l'ouverture de l'abcès dans la vessie est caractérisée par une pyurie à début brusque dont l'importance est disproportionnée avec les symptômes de cystite concomitants, qui eux ne se développent que secondairement. Les phénomènes vésicaux peuvent ne constituer que quelques symptômes ajoutés à l'ensemble des signes de la collection purulente causale. Dans certains cas exceptionnels où l'abcès causal a évolué d'une façon torpide, les symptômes vésicaux peuvent être les premiers à attirer l'attention du malade.

Dans tous les cas l'examen cystoscopique est de la grande utilité. Non seulement lui seul permet d'affirmer l'existence de l'ouverture d'un abcès dans la vessie, mais encore il peut donner des renseignements précieux sur son siège et sur l'importance de l'orifice de communication.

3° A moins d'infection ascendante, l'ouverture d'un abcès dans la vessie aggrave peu le pronostic dû à l'abcès causal.

4° Les efforts thérapeutiques doivent porter sur l'abcès causal ; le traitement vésical, lui, est surtout préventif, destiné à enrayer une infection ascendante, à empêcher l'installation d'une fistule persistante et à activer la disparition de la cystite secondaire.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANAU, HALLÉ, LEGRAIN. — Des infections vésicales (III^e session de l'Ass. franç. d'urologie, 1898).
- APPUHN. — Fistules appendiculo-vésicales (Th. Nancy, 1903).
- BARROGAN et BONNET. — Les cystites de causes utéro-annexielles et leur traitement.
- BAZY. — Des abcès pelviens ouverts dans la vessie (Rev. de gyn. et chir. abdom., 1898 et 1900).
- BATTERBY. — Phlegmon ouvert dans la vessie (Arch. génér. de médecine, 1849).
- BOUILLY. — Congrès de gynécologie (Genève, 1896).
- BEUTTER. — Abcès pelviens ouverts spontanément dans la vessie (Arch. gén. de méd., 1905).
- BRUN. — Presse médicale, 1896, p. 341.
- CATILLON (Paul). — Quelques remarques sur un cas de pyosalpinx ouvert spontanément dans la vessie (Th. Paris, 1920).
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme.
- ESCAT. — Phlegmon de la cavité de Retzius (Marseille méd., 1908).
- FAUVERGHE. — Des pyosalpinx ouverts spontanément dans la vessie (Th. Lille, 1902).
- FAURE. — Traité de gynécologie.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie.
- GÉRAUDIE. — Contribution à l'étude pathogénique des phlegmons de la cavité de Retzius (Th. Montpellier, 1900).
- GRAS. — Des collections pelviennes suppurées ouvertes dans la vessie (Th. Paris, 1909).

- GUYON. — Leçon clinique sur les maladies des voies urinaires.
- JEANBRAU. — Traitement des cystites par le collargol (Soc. des sc. médic. de Montpellier, 1908, et Montpellier médical, 1908).
- LEPLAT. — Abscès appendiculaire s'ouvrant dans la vessie sans phénomènes de cystite; pyurie intermittente; opération; guérison (Soc. anatomique de Lille, 1896).
- LERYS. — Perforation de la vessie par un abcès de la fosse iliaque droite (Clinique. Paris, 1909, p. 420).
- LOUMEAU. — Fistule vésico-intestinale par cancer du côlon pelvien (Journal médecine Bordeaux, 1914).
- LEGUEU. — Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme (Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1897).
- Traité chirurgical d'urologie.
- MOTY et MONTFORT. — Quelques remarques sur les cystites chroniques (Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1903, p. 1211).
- MARCELLI. — Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens (Th. Paris, 1902).
- MINET. — Diagnostic des tumeurs prévésicales (Ann. des mal. des org. génito-urinaires, 1903).
- MULLER et PETITJEAN. — Pyosalpinx ouvert dans la vessie et durant depuis dix ans (Gaz. des hôp., 18 juin 1908).
- PASCAL. — Fistules vésico-intestinales (Th. Paris, 1900).
- PERRIMOND. — Des abcès pelviens ouverts spontanément dans la vessie (Th. Lyon, 1897).
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PERSON. — Fistules appendiculo-vésicales (Th. Paris, 1906).
- REYMOND. — Cystites consécutives à une infection de la vessie à travers ses parois (Ann. des mal. des org. génit.-urinaires, 1893, p. 253).
- ROUX. — Abscès appendiculaire; cystite suraiguë avec ténésme et pyurie (Rev. médicale de la Suisse romande. Genève, 1890).
- RUOLTE. — Des abcès de la cavité de Retzius (Gaz. des hôp., 1905).
- ROBLES. — Contribution à l'étude des abcès prévésicaux (Th. Paris, 1904).
- TUFFIER. — Abscès prévésicaux par appendicite (Sem. médicale, 1894).

TUFFIER et DUMONT. — Des fistules intestino-vésicales chez la femme (Rev. de gynécologie et chirurg. abdom. Paris, 1898).

VOLLE. — De l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux chez la femme (Th. Lyon, 1907-08).

WLADOFF. — Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie (Th. Lyon, 1898).

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude des abcès
périvésicaux ouverts dans la vessie,
par M. Georges Pradet.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,
DE ROUVILLE.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
